

STUDY OF STAPHYLOCOCCIC OUTBREAK
IN A HOSPITAL USING DIFFERENT
MARKING METHODS

L. T. Musina, I. A. Semina, O. S. Darbeeva

Summary

The outbreak of pyo-inflammatory diseases

of staphylococcic etiology in a hospital is studied as a result of the complex intraspecific marking. Isolated *S. aureus* cultures have a unified antibioticogram and a similar spectrum of extracellular proteins, which permits estimating them as subcultures of one strain.

УДК 616.43/45—07:617.51—073.75

**ЗНАЧЕНИЕ КРАНИОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ СИНДРОМОВ
И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА**

И. А. Гилязутдинов, М. К. Михайлов, Ф. З. Миндубаева

*Кафедра лучевой диагностики (зав.—академик АН РТ, проф. М. К. Михайлов)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина,
Республиканский онкологический диспансер (главврач—Р. Ш. Хасанов)*

Рентгенологическое обследование черепа проводилось у больных с нейроэндокринными нарушениями, синдромами и заболеваниями с целью выявления патогенетического значения структурных изменений костей свода и основания черепа. Больные находились в гинекологическом отделении кафедры акушерства и гинекологии № 2, на кафедрах лучевой диагностики, лучевой диагностики и лучевой терапии Казанского ГИДУВа. В комплексное обследование входили изучение гормонального и гуморального статусов больных, лучевые методы: краниография, гистеросальпингография, пневмопельвиография, УЗИ половых органов и надпочечников. У части больных были проведены электроэнцефалография и реоэнцефалография. Определены уровни фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего гормонов (ЛГ), пролактина (ПРЛ), прогестерона (П), эстрадиола (Э₂), 17-КС, 17-ОКС, кортизола, тестостерона, тиреотропного гормона (ТТГ), паратиреоидного гормона, тиреокальцитонина; оценена функция щитовидной железы (Т₃, Т₄). Исследовали содержание катехоламинов, серотонина, биологически активных веществ — простагландина (ПгЕ₂) и гистамина в зависимости от характера заболевания или необходимости уточнения генеза нейроэндокринных нарушений, а также кальциевый обмен (паратгормон, тиреокальцитонин, фосфор и кальций крови) для выяснения механизма развития эндокриоза как патогенетического проявления нейроэндокринных синдромов.

Всем больным была проведена краниография с целью выявления имеющихся изменений в костях свода и основания черепа для уточнения возможного наличия центральных механизмов этих заболеваний и своевременного распознавания опухолей гипофиза.

Обследована 681 больная. У 311 из них был синдром склерополикистоза яичников (СПКЯ), причем у 89 — после неэффективной хирургической коррекции, у 48 — аменорея центрального генеза, у 80 — аменорея-галакторея, у 20 — сочетанные формы эндокринных синдромов, у 50 — синдром олигоменорей, у 50 — недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), у 51 — климакс, у 40 — ожирение гипоталамического генеза и бесплодие, у 31 — предрак и рак эндометрия и рак тела матки. В контрольную группу вошли 90 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Анализ результатов краниографии показал следующие структурные изменения костей свода и основания черепа.

При синдроме СПКЯ признаки эндокриоза были констатированы у 61,1% женщин, интракраниальной гипертензии — у 46,4%, эндокринопатии — у 8,7%, обызвествление шишковидной железы — у 13,5%, утолщение спинки турецкого седла — у 1,6%, аномалии развития шейного отдела позвоночника — у 1,6%. Сочетание эндокриоза с другими структурными изменениями костей черепа отмечено в 50,5% случаев (рис. 1).

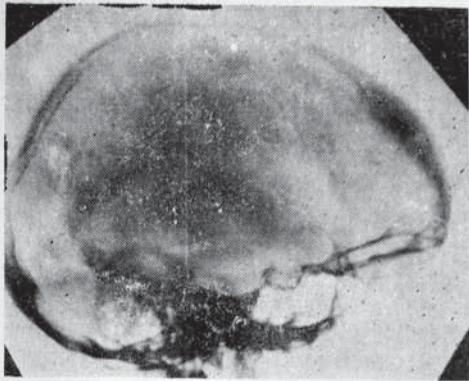


Рис. 1. Боковая краниограмма: усиление рисунка пальцевидных вдавлений в теменной области, разрастание внутренней пластинки лобной кости, обызвествление связочного аппарата ретроселлярной области. Диагноз: СПКЯ. Признаки эндокраниоза.

Среди больных с синдромом галактореи-аменореи признаки эндокраниоза выявлены у 54% женщин, интракраниальной гипертензии — у 61,2%, эндокринопатии — у 21,2%, утолщение спинки турецкого седла — у 4%, обызвествление шишковидной железы — у 9%, аномалии развития шейного отдела позвоночника — у 6,3%, сочетание различных изменений — у 73%.

При синдроме олигоменореи симптомы эндокраниоза встречались у 68% женщин, интракраниальной гипертензии — у 18%, симптомы эндокринопатии — у 36%.

В группе больных с синдромом проявления эндокраниоза установлены у 14% женщин, интракраниальной гипертензии — у 18%, эндокринопатии — у 10%, утолщение спинки турецкого седла — у 6%, сочетание различных изменений — у 10%. Небольшое количество структурных изменений костей черепа у больных этой группы объясняется тем, что у большинства женщин патогенез НЛФ был связан с поражением периферического звена (воспалительный процесс гонад).

При аменорее центрального генеза признаки эндокраниоза обнаружены у 53% больных, интракраниальной гипертензии — у 9%, эндокринопатии — у 19%, сочетание различных изменений — у 22%.

В случае сочетанных нейроэндокринных синдромов симптомы эндокраниоза были найдены у 18% пациенток, интракраниальной гипертензии — у 17%, эндокринопатии — у 50%, обызвествление шишковидной железы — у 5%,

утолщение спинки турецкого седла — у 10%, сочетание различных изменений — у 20%.

Климакс сопровождался проявлениями эндокраниоза у 41% женщин, интракраниальной гипертензии — у 12%, эндокринопатии — у 2%, обызвествлением шишковидной железы — у 4%, сочетанием различных изменений — у 24%.

При ожирении гипоталамического генеза и бесплодии симптомы эндокраниоза были установлены у 62% женщин, интракраниальной гипертензии — у 37,5%, эндокринопатии — у 25%, сочетание различных изменений — у 25%.

Гормонально-активные аденомы гипофиза характеризовались не только изменениями размеров, структуры турецкого седла, но и почти во всех случаях — признаками эндокраниоза, интракраниальной гипертензии, эндокринопатии, причем все они сочетались между собой (рис. 2).

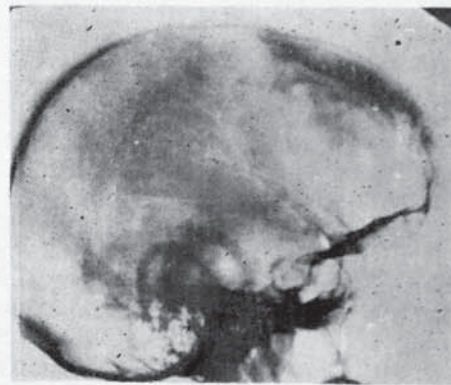


Рис. 2. Боковая краниограмма: разрастание внутренней пластинки лобной кости. Турецкое седло увеличено в размерах; отмечается двуконтурность дна и передней стенки гипофизарной ямки. Диагноз: соматотропная аденома гипофиза. Признаки эндокраниоза.

Мы допускаем, что эти изменения костей свода черепа при опухолях гипофиза являются вторичными ввиду значительных нарушений гормонального и гуморального статусов таких больных за счет экскреции аденомами различных гормонов, а также из-за нарушений метаболических процессов. Выраженность изменений зависела от продолжительности заболевания. Наше мнение о влиянии гормонального и гуморального факторов подтверждается еще и тем, что при гормонально-неактивных опухолях, кроме некото-

рых признаков интракраниальной гипертензии, других изменений не выявлено.

В группе больных предраковыми заболеваниями эндометрия и раком тела матки, у которых в анамнезе были нейроэндокринные нарушения (ожирение, ранний климакс, мастопатия и др.), признаки эндокраниоза отмечены у 29% женщин, интракраниальной гипертензии — у 35,5%, эндокринопатии — у 3%, сочетание различных нарушений — у 16%.

Таким образом, структурные изменения костей свода и основания черепа у больных с нейроэндокринными нарушениями и заболеваниями зависели от тяжести проявления и длительности процесса. Наибольшее количество изменений костей черепа и сочетание их различных форм определялось при синдромах СПКЯ, олигоменореи, аменореи центрального генеза, ожирении гипоталамического генеза с бесплодием и опухолях гипофиза. Комплексное обследование позволило выявить патогенез этих нейроэндокринных нарушений и механизм развития структурных изменений черепа.

С целью выяснения механизма развития эндокраниоза при нейроэндокринных нарушениях был изучен минеральный обмен у 35 больных с синдромом СПКЯ в сочетании с эндокраниозом, у 15 — без эндокраниоза и у 15 здоровых женщин. Последние 2 группы женщин служили контролем.

При анализе полученных данных мы отметили более высокое ($P < 0,001$) содержание кальция в сыворотке крови у больных с синдромом СПКЯ при наличии эндокраниоза по сравнению с контролем. Уровень фосфора в сыворотке крови у больных с эндокраниозом был ниже ($P < 0,02$), чем у здоровых. Почти такие же данные имели место у больных с СПКЯ без эндокраниоза.

Уровень ПТГ у больных с эндокраниозом оказался более низким ($P < 0,001$), чем у здоровых женщин и в

группе больных СПКЯ без эндокраниоза.

Показатель ТКТ был достоверно более высоким у больных с эндокраниозом, чем у здоровых женщин и у больных с СПКЯ без эндокраниоза.

При анализе данных кальциевого обмена у больных с признаками эндокраниоза и без него выявлен определенный дисбаланс в отличие от показателей здоровых женщин. Это было подтверждено и результатами изучения корреляций между параметрами кальциевого обмена [1, 2].

Следовательно, нарушение кальциевого обмена у больных СПКЯ при наличии эндокраниоза оказалось более выраженным, что может свидетельствовать не только о нарушениях гуморального и гормонального гомеостазов, способствующих появлению структурных изменений костей свода и основания черепа, но и о центральном генезе синдрома СПКЯ у ряда больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мундубаева Ф. З. Эндокраниоз как патогенетическое проявление нейроэндокринных синдромов: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— Казань, 1985.

2. Фаттахова Ф. А. Роль эпифиза в патогенезе эндокринного бесплодия: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— Казань, 1989.

Поступила 07.05.92.

IMPORTANCE OF CRANIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF NEUROENDOCRINAL SYNDROMES AND CENTRAL GENESIS DISEASES

I. A. Gilyazutdinov, M. K. Mikhailov,
F. Z. Mindubaeva

Summary

As many as 681 patients with syndromes of scleropolycystosis of ovaries, amenorrhea, galactorrhea, oligonorrhea, lutein phase deficiency, climacteric, hypothalamic genesis obesity and sterility, precancer and cancer of endometrium, and body of the womb are observed. Calcium metabolism is examined in some patients. The frequency of the changes of bones of the vault and base of the skull in the above-mentioned states (signs of endocraniosis, endocrinopathy, intracranial hypertension as well as calcification of the pineal gland) is given. It is stated that patients with neuroendocrinal syndromes manifest phosphoric-calcium metabolism violation and structural changes of bones of the skull.